

De psychiatrische kliniek als psychologisch kraamcentrum

door R.M. Bruijfel

Samenvatting

Leven impliceert verliezen. Het vermogen om te verliezen hangt samen met de mate waarin de problemen van de separatie-individuatiefase in de vroegste jeugd zijn doorgewerkt. Dit artikel beschrijft hoe onopgeloste separatie-individuatieproblemen zijn terug te vinden in het gedrag van niet-chronische psychiatrische patiënten in de kliniek, en bij hun families. Ook wordt beschreven hoe ze de sfeer op de afdeling bepalen. Suggesties worden gegeven voor het hanteren van de dagelijkse routine van de psychiatrische afdeling in functie van de behandeling van onopgeloste separatie-individuatieproblemen van individuele patiënten.

Inleiding

Bij psychiatrisch decompenseren *regredieert* het Ik naar de vroegste belevingen van fusie. Dit beleven van fusie voert terug naar de vroegkinderlijke toestand waarbij kind en moeder als lichamelijk afzonderlijke individuen één eenheid van beleven vormen. Er is dan een gemeenschappelijke grens tussen deze duale eenheid en de buitenwereld (Mahler c.s.). Veel psychopathologisch gedrag kan worden gezien als pogingen om deze fusie vast te houden of als pogingen om zich daar tegen te verzetten of als een combinatie van beide. De psychiatrische kliniek moet, wil ze effectief behandelen, in organisatie en behandeling aandacht geven aan deze verschijnselen. Als dit adequaat gebeurt levert de klinische setting een bijdrage aan de behandeling in die zin, dat onverwerkte stoornissen in de vroege separatie-individuatieproblematiek geheel of gedeeltelijk kunnen worden gerepareerd¹.

Het navolgend artikel beschrijft aspecten van de individuatieproblematiek, hoe deze zich voordoen, ervaringen in het omgaan ermee en mogelijke aangrijpingspunten voor de behandeling ervan in de klinische setting. Ten eerste wordt iets verteld over de afgrenzing van het Ik, hier 'membraanvorming' genoemd. Als tweede wordt beschreven welke implicaties het hechten en onthechten aan de klinische setting met zich brengen voor de individuatieprocessen van patiënten. Vervolgens

wordt als derde beschreven hoe stoornissen in de individuatie het onthechten kunnen bemoeilijken of verhinderen en hoe de behandeling daarop kan inwerken, zodat het werkelijk onthechten alsnog mogelijk wordt.

Voor deze onderwerpen geldt dat ze een onmisbare schakel vormen in het behandelproces. Eveneens kunnen, als er goed mee wordt omgegaan, goede werkrelaties met patiënten en hun families worden opgebouwd. Door de te beschrijven verschijnselen te onderkennen voorkomen we tijdsverlies, onnodig ageren en wanhoop bij patiënten, hun thuisfront en bij de klinische medewerkers.

Als plaatsbepaling is te vermelden dat de beschreven ervaringen en inzichten werden opgedaan in een psychiatrische kliniek², die tot voor kort een selectief opnamebeleid heeft gekend. Sga-patiënten, verslaafden, zwakzinnigen en chronische patiënten werden niet opgenomen. Tot de invoering van de regionalisatie werden patiënten opgenomen uit het hele land. Na de regionalisatie kregen opnameaanvragen uit de regio voorrang, zodat het opnamebeleid minder selectief kon zijn. De patiënten worden behandeld en verblijven in kleine zelfstandig functionerende afdelingen, als het ware in een eigen huis met 15, 17 of 26 patiënten. Iedere afdeling heeft een eigen behandelteam, samengesteld uit verpleegkundigen, activiteitentherapeuten, psychiater, psycholoog en maatschappelijk werkende.

Membraanvorming of over de grenzen van het Ik

Een van de doelstellingen van het psychiatrisch behandelen is het vergroten van het zelfvertrouwen, het terugwinnen van zelfstandigheid en zelfredzaamheid en ook Ik-versterking en individuatie. Ongewild echter bevordert de setting Ik-verlies. Mensen worden psychiatrisch patiënt als ze het niet meer weten, het niet meer zien zitten; omdat de familie en de chef het niet meer weten en ook de dokter en de specialist niet. De patiënt wordt naar de kliniek gebracht. In het gunstige geval kiest de patiënt zelf of stemt hij in met deze beslissing. De kliniek wordt zo tot iets of iemand die het wel weet. Dit en het totalitaire van de setting bevordert het beleven van fusie van patiënt en het klinisch gebeuren. De ongedifferentieerde vormen van waarnemen en denken, die bij deze regressieve toestand horen, versterken deze vorm van beleven. Denken en waarnemen in 'alles-of-niets'-categorieën maakt dat de wereld er voor de patiënt zó gaat uitzien:

- vroeger was alles (ik) goed, nu is alles (ik) slecht;
- vroeger kon ik alles, nu kan ik niets;
- gezond is goed en ziek is slecht;
- buiten is goed en binnen is slecht (of omgekeerd); en ook:
- hulpverleners zijn alles en patiënten zijn niets (of omgekeerd).

Met deze denkwijze houdt de patiënt zich in een beleven van totale afhankelijkheid van degenen die zijn behoeften bevredigen en maakt

hij zichzelf aangewezen op degenen die voor hem willen zorgen. Hij kan zich alleen nog maar schikken in wat 'moeder-kliniek' wil. Dit maakt onder andere dat patiënten en hun families onwaarschijnlijke zaken nemen zonder bezwaar of protest. Dit is een diffuus beleven van onlust en onbehagen, dat wordt afgeweerd en uitgeageerd. Om tot een zinvolle behandelrelatie te kunnen komen, moet aan dit verschijnsel aandacht worden besteed. Het is nodig om de patiënt vóór te gaan in het trekken van grenzen tussen zichzelf en de kliniek, tussen 'ik' en de 'ander'.

De vroegste symbiotische ervaring is er één van de fusie, van een ongedeeld-niet onderscheiden zijn van Ik en niet-Ik, van binnen en buiten, van het niet afgegrensde zelf, van de duale eenheid van moeder en kind, van een gemeenschappelijke grens tussen twee aparte individuen (moeder en kind) en de buitenwereld. De psychiatrische gedecompenseerde patiënt regredieert naar dit belevingsniveau (Mahler 1975).

De opgenomen psychiatrische patiënt gaat een aan deze symbiose analoge relatie aan met de kliniek. Van een individualiteitsbeleven is dan geen sprake meer. Als we echt gestoorde mensen voor ons zien, kunnen we ons dat nog wel realiseren. Verwarrend wordt het echter bij patiënten, die weliswaar ernstig zijn gedecompenseerd, maar daarnaast redelijk adequaat functioneren en als intact imponeren. In deze verwarring ligt het voor de hand dat we de patiënt aanspreken op het niveau van de volwassen identiteit. De patiënt die zich als niet-afgegrensd van de hulpverlener ervaart, vindt en doet wat hij meent dat de hulpverleners van hem verwachten: hij gedraagt zich als een verlengstuk. Hij doet dit zonder protest of zonder bezwaar te maken, maar wel in een besef van ondefinieerbaar onbehagen, dat langs allerlei wegen wordt geuit. Terwijl ogenschijnlijk alles wel loopt, stagneert de behandeling en de patiënt gedijt niet. De behandeling komt pas echt op gang en kan in gang worden gehouden als er náást de gemeenschappelijke grens tussen patiënt en kliniek enerzijds en de buitenwereld anderzijds een grens (membraan) wordt 'aangebracht' tussen patiënt en kliniek.

Hoe wordt dit membraan aangebracht? Door uitvoerig aandacht te besteden aan de niet-pathologie, aan wat de patiënt goed doet en goed heeft gedaan. Ook door hierbij nadrukkelijk duidelijk te maken dat de patiënt hierin zelf een actief aandeel heeft en heeft gehad. Dat het zijn in de kliniek en het ondergaan van een behandeling inzet vraagt en dat zonder die inzet van de behandeling niet veel terecht komt. Door, zonder te moraliseren, de patiënt erop te wijzen wat goed is aan hem, naast wat er niet goed is en wat kan worden veranderd. Ook door de gevoelens van onbehagen, die hij als niet-eigen opzij heeft gezet (afgeveerd en ontkend), te duiden als bij hem horend. Dit net zo vaak en zo lang, totdat ze bij hem gaan horen. In dit proces is het verbazingwekkend te ervaren dat mensen zich adequaat kunnen gedragen, zonder dat ze dit als eigen en uit-zich-zelf-voortkomend beleven.

Het vormen van een afgrenzing tussen patiënt en kliniek, tussen ik en ander wordt in bepaalde gevallen bevorderd door de patiënt op te dragen om voor bepaalde of onbepaalde tijd 'marginaal' mee te doen. Men kan dan iemand opdragen om het dagprogramma te volgen, zich aan de geldende regels te houden, maar zonder zich te involveren, bij voorbeeld doordat ze niet over zichzelf of hun problemen mogen of hoeven te praten. Het besteden van aandacht aan het diffuse onuitsprekbare onbehagen en het helpen om dit te specificeren, werkt in dienst van de afgrenzing. Veel ageren, klagen, jammeren en het scheppen van oninvoelbare meningsverschillen kan worden gezien als het zoeken naar grenzen. Duidingen van die strekking geven opluchtingen vergroten het vermogen van de patiënt om zich actief in te zetten.

Een complicatie bij het bouwen aan de Ik-grenzen is de bijbehorende weerstand. Deze weerstand kan voortkomen uit het besef dat groeien uit de fusie de patiënt confronteert met de onverwerkte individuatieseparatieproblemen en vooral met de heftige gevoelens van angst, woede, schaamte en schuld, die daarbij horen. Ook bij de medewerkers kunnen weerstanden liggen tegen de opbouw van de Ik-grenzen. Een afdeling die belang heeft bij rust en orde, of wordt belemmerd door praktische beperkingen zoals personeelstekort of een slechte samenwerking kan deze emoties niet hanteren. Patiënten, die intuïtief ervaren dat er van deze zijde geen steun is bij hun ontwikkelingsprocessen beschermen zich tegen nog meer onbegrip door terug te treden in de ontgrensde toestand en het erbij behorende (ageer)gedrag.

De psychiatrische kliniek is een chaotisch gebeuren, patiënten komen omdat ze hun chaos niet meer de baas kunnen, de chaos in hun omgeving te hoog oploopt en omdat ze zelf chaos creëren. Ze komen in een kliniek waar veel medewerkers werken van allerlei aard, herkomst en discipline³. De werkers hebben de taak en de verantwoordelijkheid om de chaos te ordenen en ze doen dit op grond van veel verschillende, vaak elkaar tegenstrijdige opvattingen, theorieën, doelstellingen en persoonlijke motieven. Eén leidend motief dat hopelijk allen bindt is: het ordenen van de chaos, niet om de orde, maar om de positieve uitkomst, namelijk de genezing of verbetering van de opgenomen patiënten. Hoe dat moet gebeuren en wat 'genezen' is, of 'beter', daarover bestaat ook weer een veelheid van meningen en inzichten, die de medewerkers elkaar en de patiënten willen opdringen. Met elkaar maken deze mensen een wir-war van regels, uitgesproken en niet-uitgesproken voorschriften en verwachtingen en niet te vergeten een zee van vaak heftige emoties. Er is een ingewikkeld netwerk van eenmalige ontmoetingen en incidentele contacten en van langdurige intensieve relaties en samenwerkingsverbanden. 'Elke chaos brengt een ordening voort' (Toffler 1984).

Hieronder wordt de ordening beschreven die ik heb onderkend en hoe die kan worden gebruikt om de dingen die gebeuren en niet gebeuren te begrijpen, om beslissingen te nemen en adviezen te geven.

Tevens wordt beschreven hoe een en ander uitwerkt op de behandeling en op het in gang houden van de individuatieprocessen van de patiënten. Als uitgangspunt wordt het afdelingsklimaat genomen, hoe de patiënten zich daarin bevinden en de mogelijkheden die daarmee zijn gegeven om het gebeuren produktief te maken. Hierin zijn drie fasen te onderkennen⁴. Deze fasen wisselen elkaar af in een herkenbare regemaat. Tijdens zijn behandeling maakt iedere patiënt minstens één en meestal meerdere cycli van fasen door.

Fase I, fase van hechting

Fase I treedt in na een periode waarin relatief veel patiënten zijn ontslagen en er veel patiënten nieuw op de afdeling komen om de opengevallen plaatsen te bezetten. De sfeer kenmerkt zich als volgt: de patiënten zijn 'ziek', ze hebben onoverkomelijke problemen en willen daarvan worden verlost. De patiënten voelen zich alleen, er is weinig betrokkenheid tussen de patiënten onderling en tussen patiënten en teamleden. De laatsten worden op een voetstuk geplaatst, de patiënt ziet ze als oppassers, als politieagenten en de dokter als zijn redder en toeverlaat. Vele boze en bezorgde familieleden melden zich. Observeert men het afdelingsgebeuren, dan ziet men dat ieder zijn eigen gang gaat. Men ziet eenlingen, die niets met elkaar te maken willen hebben, zich terugtrekken, zich afzetten of claims leggen op anderen. Er is veel angst, wanhoop en klaaggedrag. De teamleden voelen zich apart van de patiëntengroep en voelen zich ook onderling alleen staan. Ze hebben het gevoel bodemloze putten te moeten vullen en beklagen zich daarover.

Directieve interventies zijn nodig in deze fase en maken goed doorwerken ervan mogelijk. Het team kan actief regelend en zorgend optreden, met aandacht voor eten, slapen, kwaaltjes en de nadruk leggen op het welbevinden van de patiënt. Er wordt uitleg gegeven over het reilen en zeilen van de afdeling, over het hoe en waarom van de regels en het belang van het naleven ervan. Van belang is het opbouwen van vertrouwen in eigen en andermans mogelijkheden en van een reëel toekomstperspectief. Ook de familieleden worden hierin betrokken, door ze ruimte te geven voor vragen, hen uitleg te geven over de behandelingen de regels van het huis. Het is van belang om in hun uitingen van ongenoegen de kritiek te onderkennen en te erkennen.

In deze fase wordt de werkrelatie opgebouwd met de patiënt, de patiëntengroep en het thuisfront van de patiënten. Ook wordt, zoals bij een individuele psychotherapie de overdrachtsneurose wordt gevestigd, de pathologie en problematiek binnen de afdeling gehaald. Therapeutische mogelijkheden in deze fase liggen in het bewerken van de angsten en weerstanden rond het decompenseren (overspannen zijn) en het moeten worden opgenomen in een psychiatrische kliniek. Ook in het bewerken van de angsten en weerstanden, die manifest worden

bij het proces van hechting aan het klinische milieu en het (tijdelijk) loslaten van het thuismilieu. Als voorbeelden daarvan zijn te noemen:

- het openen van het meestal afgeweerde besef opgenomen te zijn in een psychiatrisch ziekenhuis, de schaamte daarover en de schaamte dat hem overkomt, waarvoor hij vroeger op anderen heeft neergegeken;

- het opgeven van het gevecht, vaak van jaren, tegen de dreigende ineenstorting, de schaamte over de rare dingen die de patiënt heeft gedaan, schaamte voor het niet meer zelf kunnen en het moeten aanvaarden van hulp. Schaamte voor een eventueel recidief, waarvan hij dacht dat hem dat niet zou overkomen, verzet tegen het opgeven van veel privacy;

- het moeten delen van problemen;
- het zich realiseren dat eerdere behandelingen niet hebben geholpen;

- de angst voor nog meer desillusies;
- het loslaten van familie, thuisfront en van werk, terwijl vaak ook nog blijkt dat werk, gezin en huishouding zonder de patiënt ook doorgaan;

- de touwtjes uit handen moeten geven;
- de confrontatie met problemen van anderen (die er soms nog erger aan toe zijn);

- moeite met de tijdsduur van de behandeling, met de afwezigheid van wonderen en met de onmacht van de staf (die wel erg geleerd is, maar de patiënt niet verlost van zijn ellende).

Als therapeutische interventies zijn hier werkzaam: het benadrukken van de eigenheid, de uniciteit van de patiënt, confrontatie met alle mogelijke (menselijke) grenzen, stimuleren van de zelfwerkzaamheid en het (her)ontdekken en bewaren van wat de patiënt zelf kan. Het herkennen en duiden van de woede over en angst voor hechting aan de kliniek als 'opslokker', voor de regels als 'gelijkmakers', voor de medepatiënten als voorbeelden van hoe je wél of juist nooit zou willen worden, van de angst voor verlies van zelfcontrole, van de angst voor de eigen chaos.

Contact met de families is nodig in dienst van het behandelproces. Hierbij kunnen aan de orde komen:

- de behoefte om bij te komen van de stress die de patiënt thuis heeft veroorzaakt; het bespreken van de angst dat het hun schuld is, dat meer liefde dit had kunnen voorkomen;

- de vernedering hulp te moeten aanvaarden en vreemden in je privé-leven te moeten toelaten;

- de angst dat patiënt thuiskomt of juist dat hij nooit meer terugkomt; de moeite van de familie om de patiënt te moeten delen met de kliniek.

Door voorlichting en uitleg kan de onbekendheid met het klinische bedrijf worden verminderd. Adviezen over het ordenen van de chaos,

die thuis overblijft na het vertrek van de patiënt naar het ziekenhuis, zijn soms nodig. Als één en ander voldoende aan de orde is geweest en ieder een 'plek' heeft gevonden binnen de patiëntengroep en het afdelingsgebeuren, treedt de tweede fase in.

Fase II, fase van samenhang en verbondenheid

De tweede fase is herkenbaar aan een sfeer van samenhang en verbondenheid. De groepsleden hebben hun plaats gevonden en voelen zich onderdeel van het geheel. Ze voelen zich verbonden, ze willen dingen samendoen. De patiënt ervaart de teamleden als voorbeeld, als steun, als medestander. De groep is relatief sterk, veilig en zelfwerkzaam. Sommige patiënten beleven voor het eerst in hun leven het gevoel van ergens bij te horen. Het team werkt hard en met plezier, want het werk valt nu niet zwaar. Er is onderlinge uitwisseling en samenhang. Ze ventileren relatief weinig onlustgevoelens.

Interventies ten aanzien van het leefmilieu in deze fase zijn veel minder directief dan in de vorige fase. Het team treedt terug uit de actieve dirigistische houding en gaat indirecter op de vragen in. Er wordt meer aan de patiënt overgelaten, ook al stuit dit op verzet. De teamleden zijn er nu om raad en steun te geven als de patiënten er zelf en met elkaar niet uitkomen. Daarbij stralen ze vertrouwen uit in de mogelijkheden van de patiënten om zelf hun zaken op te lossen. Voor de patiënten, die in deze fase niet mee kunnen is er speciale, individuele aandacht nodig van de teamleden. Aan de patiënten, die dit betreft, kan bij voorbeeld worden opgedragen om 'marginaal' mee te doen (zie onder membraanvorming).

Therapeutische mogelijkheden die in deze fase open komen, betreffen het bewerken van de angsten en weerstanden die zijn terug te voeren op de angst voor Ik-verlies en voor de symbiose. Dit is een relatief stabiele fase, waarin produktief kan worden gewerkt⁶. Leefwijzen en gedragswijzen en zelfbeelden worden ontdekt, getoetst en mogelijk gecorrigeerd. Conflicten worden uitgeageerd binnen de groep en daardoor bewerkbaar; trauma's worden herbeleefd; goede en slechte ervaringen worden gedeeld en gemiste kansen betreurd. In deze fase is er ruimte voor groei en ontplooiing, voor het opdoen (soms bunkeren) van ervaringen, voor het differentiëren van psychische functies. Het denken in alles of niets, zwart of wit, zwak of sterkcategorieën kan worden genuanceerd evenals het waarnemen van zichzelf en anderen; ontdekt wordt dat mensen verschillend zijn, situaties en tijden verschillen en soms op elkaar lijken. In deze fase is er ruimte voor het experimenteren met en het leren kennen van de grenzen van zichzelf en van de anderen, de setting, van geld, van eten, van energie. Oefenen met het reguleren van die grenzen wordt mogelijk. Ook het leren kennen van de spelregels van het sociale verkeer van geven en nemen, van ritmes van dag en nacht, van actie en rust, van vol en leeg. Dit

resulteert in het verbeteren van het realiteitscontact.

Therapeutische interventies die in deze fase passend zijn, betreffen het duiden van de angsten en weerstanden, zoals de angst dat delen en meedelen hetzelfde is als weggeven; de angst zo te moeten worden als anderen, om zo te worden als de 'slechte' of als de 'goede' patiënten; de angst om open te gaan en om leeggehaald te worden, kapot te maken of kapot gemaakt te worden, de angst voor rivaliteit, de angst om goed te zijn, om de mindere te zijn, om niet volmaakt te zijn, om gekend te worden. Verder het doen herkennen van de mogelijkheden die deze fase en het klinische milieu biedt en patiënten stimuleren om die te gebruiken voor zichzelf. De relaties van patiënten met hun thuisfront en van het thuisfront met de kliniek zijn in deze fase relatief weinig problematisch. Toelichting en uitleg over het gebeuren en het behandelingsverloop zijn soms nodig. De sfeer van eenheid, van betrekkelijke rust, van hard maar 'lekker' werken begint geleidelijk tekenen van verval te vertonen. Het aanvankelijk afgeweerde gevoel, dat het niet meer zo leuk is wordt overheersender en luidt de overgang naar de derde fase in.

Fase III, de fase van onthechting

In de derde fase, de fase van onthechting, brokkelt het wij-gevoel af. De samenhang in de groep wordt minder. Er is meer spanning, er komt lijdelijk verzet en de neiging elkaar in te perken en te controleren wordt sterker. Boze en bezorgde familieleden dienen zich aan. Er is angst dat de boel uit de hand loopt; de boel loopt uit de hand. Het team vindt de patiënten lastig, neigt er toe ze te veel los te laten of juist meer in te perken. Ze lijken veel tijd te steken in schijnproblemen.

In deze fase zijn de volgende maatregelen nodig ten aanzien van het leefmilieu: Betekenis geven aan de onrust en het verzet, het openmaken en activeren van de kritiek, deze in banen leiden en erkennen als 'eigen meningen', de kritiek honoreren als die terecht is. Het stimuleren van eigen meningen, van eigen plannen en de patiënten helpen die realiseerbaar te maken. Het confronteren met de bijbehorende verantwoordelijkheden, ruimte geven om fouten te maken zonder te worden afgewezen. De patiënten de tijd geven om dit alles te oefenen en te integreren. Erg belangrijk is het ervoor te waken dat de patiënten hierbij de binding met de afdeling niet verliezen. Hen steunen in het proces van ontdekken dat we allemaal verschillend zijn en dit als complementair en stimulerend te leren kennen. De produktieve kant van boosheid laten zien, bij voorbeeld als het kunnen aangeven van grenzen, als nodig om te vechten voor een eigen plek, om plannen te kunnen realiseren. De patiënten die (nog) niet actief mee kunnen doen aan dit proces hebben steun nodig om zich te wapenen tegen de ervaring van chaos, tegen de boosheid en kritiek. Men kan hun laten zien dat er zelden iets mis gaat ondanks ruzies en meningsverschillen.

De therapeutische mogelijkheden waarvoor deze fase kan worden

benut, zijn: het bewerken van de angsten en weerstanden die verband houden met separatie.

De interventies betreffen: Separatie als losgelaten worden, verloren gaan, als straf voor eigen initiatieven, de angst voor expansie, voor fouten, voor imperfectie, voor eigen meningen, voor experiment en de angst dat alleen doen of zelf doen zielig is. De afweren van die angsten opsporen en benoemen, zoals die zich manifesteren in het afstraffen van initiatieven, in lijdelijk verzet, in diffuse kritiek op het instituut of op de boze buitenwereld. Ook in de neiging elkaar gelijk te willen maken, bij elkaar te willen blijven (de sfeer van het 'gelukkige gezinnetje'). Het maken van onhaalbare plannen of het opvoeren van schijnproblemen.

In deze fase kunnen patiënten worden geconfronteerd met keuzen, die gemaakt moeten worden. Hierbij wordt bewerkbaar dat kiezen verlies inhoudt, dat verlies pijn doet, dat elke keuze zowel voor- als nadelen oplevert, en nooit alleen voordelen. In dit proces kunnen patiënten het verlies van de veiligheid van het 'wij' en van de tijdeloosheid van de symbiose gaan beleven.

Bij de families is er ook boosheid en angst, die diffuus is en tegen het instituut wordt uitgegeerd. Deze kan in verband worden gebracht met de angst voor verlating en met de angst elkaar kwijt te raken als de patiënt meer individueert. Patiënten induceren boosheid om los te mogen of te durven laten. Bij de gezinsleden worden reactief ook individuatieprocessen losgemaakt. Begeleiding hierbij kan nodig zijn.

Bij de patiënten komt er in deze fase een meer realistische oriëntatie op de buitenwereld. Deze kan (soms moet) nu worden gestimuleerd.

In het kader van het vertrek van de patiënt en van het beëindigen van de behandeling is aandacht nodig voor het benoemen van de weerstanden tegen het 'beter' worden. Hier stoort de angst om de pathologie los te laten, zoals die dient om niet te hoeven kiezen, als een noodoplossing of als een bijzondere bescherming tegen het besef gewoon en middelmatig te zijn. Daarbij komt ook het moeten accepteren van de harde werkelijkheid van het verloren paradijs aan de orde. Het afzien van zoeken naar mensen die je volkomen begrijpen, je nooit laten vallen, van mensen die weten wat goed voor je is. Afzien van de illusie dat gezond hetzelfde is als zorgeloos, probleemloos en eeuwigdurend gelukkig. De reële band met het instituut en met de medepatiënten moet worden losgemaakt. De geborgenheid van de setting, de gezelligheid van de groep, maar ook de eisen en de stress ervan moeten worden losgelaten. Hierbij is er de mogelijkheid voor de patiënt om te ervaren dat hij weg kan gaan zonder boze gezichten en dat er door het loslaten van oude er plaats komt voor nieuwe ervaringen en relaties.

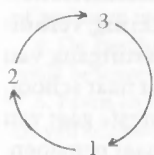
Voor de patiënten die blijven is er het loslaten van de 'goede' groepsgegoten waar ze tegen opkeken, steun en voorbeeld aan hadden of waar ze bang voor waren. Door mee te leven in dit weggaan en afscheid nemen worden bij hen verlatingproblemen geactualiseerd en bewerk-

baar. Er wordt perspectief gegeven naar het eigen vertrek uit de kliniek.

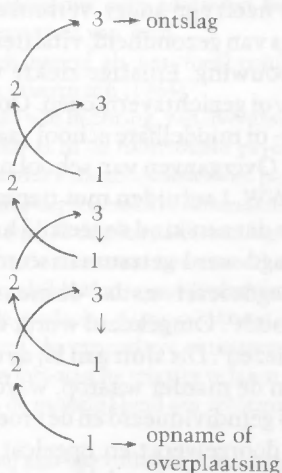
Over de fasen

Het verloop van de fasen, zoals dat hier is beschreven wordt niet als absoluut gezien. Het kan als leidraad en zoekschema dienen en richting geven aan interventies. Groep en team maken de fasen met elkaar door. Het tijdig onderkennen van het verloop en het adequaat erop inspelen vergroot de therapeutische mogelijkheden, vermindert de chaos en het niet-productief ageren van patiënten en team. Het onderkennen van de fase, waarin de groep zich bevindt, helpt bij het traceren van de angsten en boosheden en hoe die zijn te duiden of daarop in te gaan. Naar schatting wordt het verloop van de fasen bepaald door een actieve kern van $\pm 1/3$ deel van het totaal aantal patiënten op een afdeling. De anderen 'trillen' er in mee, bepalen mede het verloop en worden in hun doen en laten er door bepaald. In één behandeling maakt de patiënt meerdere cycli van fasen door, soms is één cyclus voldoende. De duur van één cyclus varieert van 3 tot 6 à 8 maanden. Dit blijkt afhankelijk te zijn en bepaald te worden door de samenstelling van de afdeling, namelijk het type patiënten, de behandelduur en dus de doorstroming, de groepsgrootte, de ervaring en de hechtheid van het team.

Fasenverloop,
gezien vanuit de groep



Fasenverloop, gezien vanuit de individuele patiënt



Het verloop van de fasen maakt mogelijk:

- het oefenen met hechten en onthechten; het doorwerken van gevoelens en herinneringen, die daarmee zijn verbonden;
- Ik-versterking en emotionele groei waardoor in een volgende cy-

clus nieuwe problemen kunnen worden aangesneden of bekende thema's verder kunnen worden doorgewerkt of dieper doorleefd;

- schijnaanpassingen te constateren;
- te grote discrepanties vast te stellen tussen het groeitempo van de patiënt en het aanbod van de afdeling, wat kan resulteren in overplaatsing naar een andere afdeling of setting;
- dat patiënten via het ondergaan van het afdelingsgebeuren en via imitatie en identificatie met medepatiënten ontwikkelingen doormaken, die mogelijk anders onbereikbaar zouden blijven⁷.

Over winnen en verliezen

Het doormaken van de fasen confronteert de patiënt met overgangen, met het ritme van loslaten, overstappen op iets anders, van samendoen en worden teruggeworpen op zichzelf en daar weer doorheen komen naar nieuwe bindingen.

Decompenseren wordt meestal veroorzaakt of bevorderd door gebeurtenissen die bekend staan als 'verlatingen'. In de anamnese van iedere patiënt kunnen we verlatingen aantreffen. Als men de ziektegeschiedenissen daarop doorleest, vermeldt elke levensloop in de laatste paar jaren vóór de opname altijd meerdere van dergelijke situaties. Als voorbeelden kunnen worden genoemd: Sterfgevallen, één of meerdere, meestal betreft dit het overlijden van de moeder of vader of partner. Kinderen komen in de puberteit, kinderen gaan uit huis, vinden een partner of krijgen kinderen. Echtscheiding, dreigende echtscheiding, de partner heeft een ander, verbroken vriendschaps- of liefdesrelaties. Het verlies van gezondheid, vitaliteit, organen, van werkkring, verhuizing, verbouwing. Ernstige ziekte van de partner, achteruitgang van gehoor en/of gezichtsvermogen. Ook het jongste kind dat naar school, of kleuter- of middelbare school gaat. Bevallingen, de jongste gaat van schoot af. Overgangen van school naar werk, van werk naar pensioen, WAO of WW. Leeftijden met tientallen erin (30, 40, 50, 60). Ook ziet men soms dat een kind de leeftijd heeft bereikt, waarop de patiënt zelf in zijn jeugd werd getraumatiseerd.

Een gezegde leert ons dat 'de mens alles kan verliezen als hij zichzelf maar behoudt'. Omgekeerd wordt dat: 'wie zichzelf niet behoudt kan niets verliezen'. Dit sluit aan bij de opvatting dat het vermogen om los te laten en de manier waarop, wordt bepaald door de mate waarin de persoon is geïndividueerd en de vroegere separatie-individueerproblemen zijn doorgewerkt en opgelost (Kauff 1977).

Behandelen en behandeld-worden impliceert verlies (Wolff 1977). Behandelen van mensen die zoveel hebben verloren of volgens bovenstaande gedachtengang zoveel niet hebben kunnen verliezen, is onvolledig als de behandeling beperkt blijft tot het doorwerken van de verliezen. Het zogenaamde rouwverwerken of de hulp daarbij is dan ontoereikend. In de behandeling van deze mensen is het nodig ze eerst

zover te brengen, zover te doen individueren, dat ze de woede, de pijn en het verdriet die erbij horen, kunnen bevatten en ervaren. Het gaat er dan om eerst de niet-opgeloste individuatie-separatieproblemen achter de volwassen levenservaring en (schijn)aanpassing voelbaar en bewerkbaar te maken. Daarbij moet de mogelijkheid worden gegeven om ze op te lossen of te repareren. De hierboven beschreven dynamiek van een behandelafdeling kan daarvoor worden gebruikt. Naarmate de individuatiestoornissen of defecten afnemen en soms verdwijnen, kunnen pijn en verdriet en woede die bij het verliezen horen, worden doorleefd. Dit brengt de patiënt in een opgaande spiraal van eerst meer zichzelf worden om dan echt te kunnen verliezen en daardoor weer te kunnen winnen aan individualiteit.

Noten

1. Uitgegaan wordt van de separatie-individueleontwikkeling, zoals die wordt beschreven door Mahler c.s. in *The psychological birth of the human infant* (1975).

2. Chr. Sanatorium voor Neurosen en Psychosen te Zeist.

3. Om een indruk te geven van die veelheid is het nodig te vertellen dat één patiënt tijdens zijn behandeling, waarbij hij minimaal eenmaal van afdeling verandert als gevolg van overplaatsing, met circa 25 tot 40 medewerkers krijgt te maken. Gespecificeerd: iedere patiënt krijgt minstens te maken met 15 à 20 verpleegkundigen, een maatschappelijk werkende, arts-assistent, co-assistent, 2 psychiaters, psycholoog, 2-4 activiteitentherapeuten, bewegingstherapeut, internist en soms diëtiste en pastor. Al deze medewerkers hebben iets over de patiënt te zeggen, werken met hem, praten met hem, adviseren, beslissen mee of beslissen over de patiënt of over een deel van hem.

4. De beschreven fasen worden gehanteerd als het 'focal-conflict model', zoals beschreven door Whitacker en Libermann (1964).

5. Fasen analoog aan de indeling: fase van hechting, van overdrachtsneurose en van onthechting, zoals die gangbaar is in de individuele psychotherapie.

6. De psychiatrische kliniek heeft unieke mogelijkheden om patiënten met stoornissen en stagnaties in de individuatieprocessen te behandelen. Deze zijn te vinden in het totale van de leefsituatie, de dag- en nachtsetting, de veelheid van imitatie- en individuatiemodellen, de structuur, het varieerbare programma, de non-verbale therapieën met mogelijkheden voor differentiatie van waarnemen, denken en voelen, de zorgende aandacht, de mogelijkheid om regressie tegen te gaan of juist te laten gebeuren, de varieerbare verantwoordelijkheid voor de patiënt, de mogelijkheid om symbiotische relaties te laten ontstaan en bij te regelen, de driehoeksrelaties en de mogelijkheid om splijtingsreacties te laten gebeuren en kort te sluiten.

7. Klinische behandelmogelijkheden zijn aanvullend op ambulante vormen van behandeling. De kliniek kan patiënten door de beschreven soort problematiek heen helpen, waar die voor ambulante behandelvormen niet toegankelijk is.

Literatuur

- Kauff, P.F. (1977), The termination process, its relationship to the separation-individuation-phase of development. *Int. Journal of Group Psychotherapy*, 3-18.
- Mahler, S.M., F. Pine en A. Bergman (1975), *The psychological birth of the human infant*. Basic Books Inc. Publishers, New York.
- Toffler, A. (1984), *De derde golf*. L.J. Veen bv, Utrecht/Antwerpen.
- Whitaker, D.S., en M.A. Libermann (1964), *Psychotherapy through the Group-process*. Aldine Publ. Cy, Chicago.
- Wolff, H.H. (1977), Loss: a central theme in Psychotherapy. *Br. J. Psychol.*, 11-19.

Dit artikel is als voordracht gehouden op een woensdagavondbijeenkomst van het Nederlands Psychoanalytisch Genootschap.

Schrijfster is psychotherapeute bij RIAGG Zeeland; tot 1 mei 1985 klinisch-psychologe bij het Chr. Sanatorium voor neurosen en psychosen te Zeist en psychoanalytica bij het Psychoanalytisch Instituut Utrecht. Adres: Kuipers-Rietbergkwartier 6, 4333 EL Middelburg.